المركز الإ ستشفائي الجامعي لباب الوادي
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE BAB EL OUED

عيادة ابراهيم غرافة
CLINIQUE IBRAHIM GHARAFA

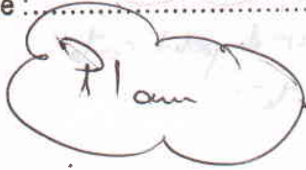
تنظيم
ORDONNANCE

Nº 0197703

Médecin consultant : .... : الطبيب المعاين

Nom du malade :.. : إسم المريض

Bab El-Oued, le :.. : باب الوادي في



I - Introduction

II - Physiologie de la délivrance

1 - Phase de decollement : - rétraction utérine
- C.U
- hématome placentaire

2 - Phase de migration et d'expulsion

III - Ex clinique du placenta

إن حياة جريح مرهونة بقليل من دمكم

Face maternelle

- cotylédon manquant.
- hématome rétroplacentaire
- rupture du sinus marginal
- calcification.
- infarctus

Face foetale

- ttb : longueur du petit coté
  intégrité.

- choriou

II Cordon 50 - 70

- longueur
- noeuds
- hémangiomes
- insertion

Troisième période du travail :

la délivrance

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 01/03/11

INTRODUCTION

La délivrance est l'expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes), initialement accolées à l'utérus.

C'est la troisième étape du travail qui se décompose en trois phases :

- le décollement du placenta,
- la migration et l'expulsion de celui-ci,
- puis la rétraction utérine assurant l'hémostase de la plaie placentaire, sous l'effet des contractions utérines.

I LA PHYSIOLOGIE DE LA DÉLIVRANCE

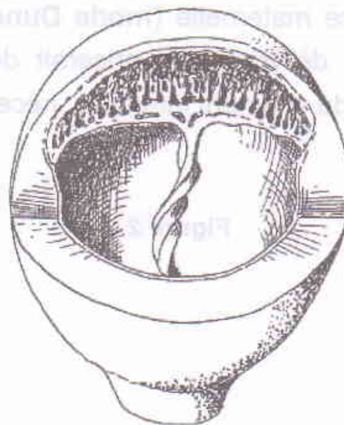
La délivrance évolue en trois phases, réglées par la dynamique utérine.

I.1 LA PHASE DE DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE

I.1.1 Sous l'effet de la rétraction utérine

Phénomène passif, correspondant à la diminution du volume utérin lors de l'expulsion fœtale, la rétraction utérine aboutit à l'augmentation d'épaisseur des parois utérines respectant la zone en regard de l'insertion placentaire qui reste plus mince. Il en résulte un enchatonnement physiologique du placenta, indispensable à son décollement.

Figure 1



La rétraction utérine et les premières contractions utérines non ressenties par la patiente correspond à la phase de rémission clinique, qui dure en moyenne 10 à 15 minutes.

I.1.2 Sous l'effet de la contraction utérine

Elles s'accentuent progressivement en intensité, et sont éventuellement de nouveau ressenties par la patiente, en l'absence d'analgésie péridurale.

Le placenta enchatonné physiologiquement, dont le pourtour est cerné par un anneau musculaire plus épais, subit des pressions concentriques qui tendent à le faire bomber vers la cavité utérine. Il se crée ainsi des décollements par endroits, qui, rapidement, vont aboutir à un hématome rétroplacentaire.

I.1.3 Avec constitution d'un hématome rétroplacentaire

Il aboutit au clivage entre la caduque utérine (couche superficielle de la muqueuse utérine gravide) et la couche profonde qui, restant indemne, sera la base de la régénération ultérieure de la muqueuse utérine.

I.2 LA PHASE DE MIGRATION ET D'EXPULSION DU PLACENTA

Sous l'influence des contractions utérines et de son propre poids majoré par le sang retenu par les membranes encore adhérentes aux parois utérines, le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, soulevant le corps utérin.

- Puis, le placenta décollé migre alors à travers le col vers le vagin pour être expulsé à la vulve : le plus fréquemment, par la face fœtale du placenta (**mode Baudelocque**), qui survient plus souvent si le placenta est fundique ou assez haut situé (figure 2).
- Plus rarement par sa face maternelle (**mode Duncan**), surtout s'il est bas inséré (figure 3). Ce mode de délivrance favoriserait des complications (rétention de membranes, hémorragie du segment inférieur), nécessitant une surveillance accrue.

Figure 2

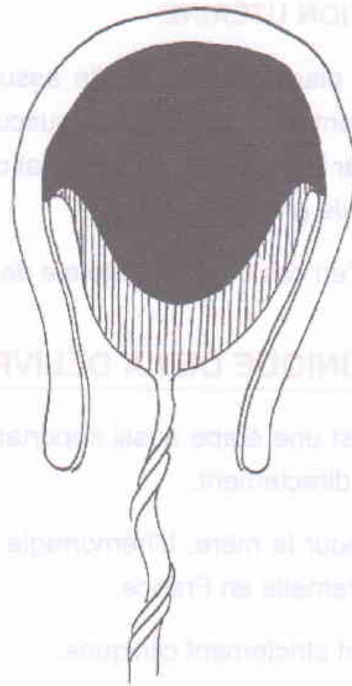
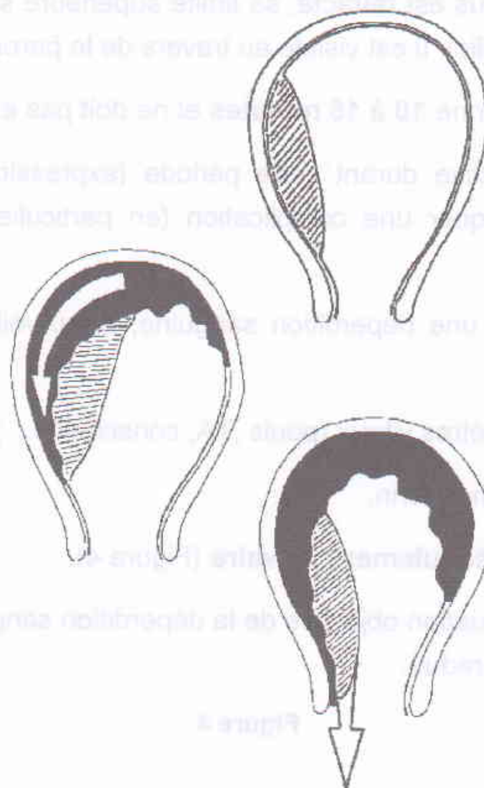


Figure 3



I.3 LA PHASE DE RÉTRACTION UTÉRINE

Elle intéresse cette fois la plaie placentaire dont elle assure l'hémostase : les vaisseaux sont enserrés et obturés par la contraction des fibres musculaires ; la thrombose survenant dans ces vaisseaux est facilité par les facteurs de coagulation (fibrinogène, facteurs VII, VIII et IX), qui sont augmentés en fin de grossesse.

Ce phénomène n'est possible qu'en cas de vacuité totale de la cavité utérine.

II LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA DÉLIVRANCE

La troisième période du travail est une étape aussi importante que les précédentes, même si elle ne concerne plus le fœtus directement.

C'est la phase la plus à risque pour la mère. L'hémorragie du post-partum représentant la principale cause de mortalité maternelle en France.

Les éléments de surveillance sont strictement cliniques.

II.1 SURVEILLANCE PENDANT LA PÉRIODE DE RÉMISSION CLINIQUE

Elle correspond à la rétraction utérine : la femme est calme, ne ressentant pas de contractions utérines. L'utérus est rétracté, sa limite supérieure se situant aux alentours de l'ombilic (2-3 cm sous l'ombilic). Il est visible au travers de la paroi abdominale maternelle.

Cette période dure en moyenne **10 à 15 minutes** et ne doit pas excéder 30 minutes.

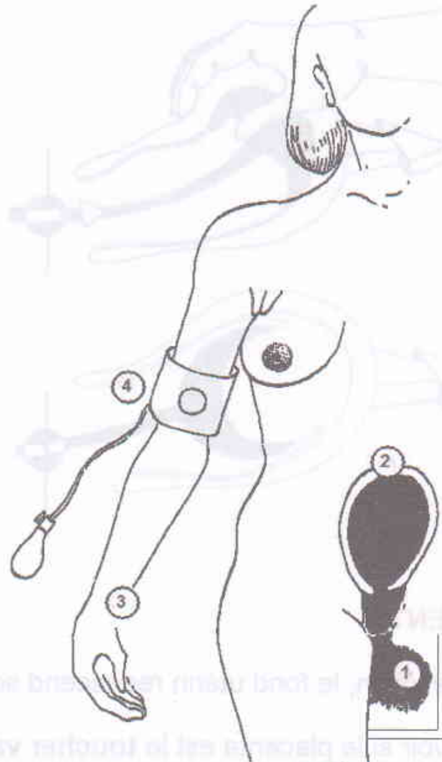
Toute manœuvre intempestive durant cette période (expression utérine, traction sur le cordon…) risque de provoquer une complication (en particulier un enchatonnement du placenta).

Pour ne pas sous estimer une déperdition sanguine, la surveillance de cette phase est centrée sur :

- l'analyse des paramètres vitaux (pouls ,TA, conscience…),
- l'estimation du volume utérin,
- la visualisation de **l'écoulement vulvaire** (Figure 4).

Afin de procéder à une évaluation objective de la déperdition sanguine, il est recommandé d'utiliser un sac de recueil gradué.

Figure 4



II.2 SURVEILLANCE DES SIGNES ANNONCIATEURS DU DÉCOLLEMENT

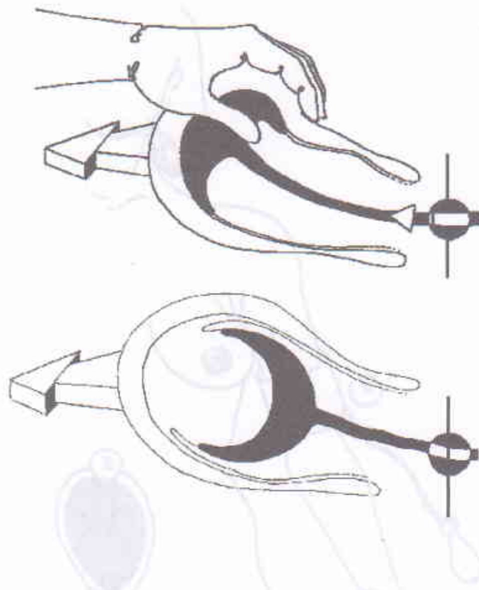
Les signes annonciateurs sont :

- la **perception de la reprise des contractions utérines** par la patiente (sauf si l'analgésie est encore importante),
- l'apparition d'un **petit filet sanguin à la vulve**
- **l'ascension du fond utérin en sus-ombilical**, avec souvent une **latéro-déviation.** À l'examen, le fond utérin remonte à 3-4 cm au-dessus de l'ombilic (le placenta tombe dans le segment inférieur qui se déplisse, surélevant le corps utérin), et s'incline vers la droite.

La certitude d'un décollement placentaire est apportée par la **manœuvre du refoulement utérin**, par une main du déplissement du segment inférieur vers le haut. La remontée du corps utérin provoquée par cette manœuvre n'ascensionne pas le cordon.

Parfois le cordon remonte alors que le placenta est décollé, cela signe son incarcération dans l'utérus, avec la même prise en charge qu'un non-décollement (Figure 5).

Figure 5



II.3 EXPULSION DU PLACENTA

Dès que le placenta est dans le vagin, le fond utérin redescend sous l'ombilic.

Le moyen le plus simple de savoir si le placenta est le **toucher vaginal**.

La présence du placenta dans le vagin peut déclencher chez la patiente, non analgésiée, le besoin de pousser. Pour que les membranes ne se déchirent pas, il faut accompagner cette expulsion en soutenant le placenta.

L'expulsion du placenta s'accompagne de l'extériorisation de l'hématome rétroplacentaire physiologique.

Si les efforts expulsifs de la patiente ne suffisent pas, le fond utérin sera empaumé afin de maintenir l'utérus dans l'axe du vagin et l'expulsion sera aidée par une traction douce du cordon.

Le décollement des membranes est facilité par le déplissement du segment inférieur qui permet le refoulement du corps utérin vers le haut. Leur extériorisation est accompagnée par un mouvement de rotation qui permet de les vriller et limite les déchirures. L'expulsion de la partie terminale des membranes peut être effectuée à l'aide d'une pince de Kocher.

L'expulsion peut se faire selon les deux modes citez plus haut : mode Baudelocque, lorsque la face fœtale se présente en premier ; et mode Duncan, lorsque à l'inverse c'est la face maternelle du placenta.

II.4 CONTRÔLE DE LA RÉTRACTION UTÉRINE

Le placenta évacué, il faut :

- réévaluer l'état général de la patiente (pouls, tension artérielle, conscience, téguments...),

- s'assurer de la présence du « globe utérin de sécurité », c'est-à-dire un utérus tonique et sous-ombilical,
- exprimer régulièrement l'utérus afin d'évacuer les caillots,
- vérifier l'absence de saignements vulvaires anormalement abondants.

La déperdition sanguine qui reste difficile à évaluer cliniquement, se situe aux alentours de 300 ml. On parlera d'hémorragie à partir de 500 ml.

III LES DIFFÉRENTS TYPES DE DÉLIVRANCE

III.1 LA DÉLIVRANCE SPONTANÉE

Le placenta est évacué spontanément avec l'aide de quelques efforts de poussée de la patiente en position verticale.

III.2 LA DÉLIVRANCE NATURELLE

Toute délivrance qui n'est pas spontanée, ou dirigée par des moyens médicamenteux est considérée comme une délivrance naturelle.

III.3 LA DÉLIVRANCE DIRIGÉE

C'est une direction pharmacologique de la délivrance.

Son but est de raccourcir la période de la délivrance, en limitant ainsi les pertes sanguines, par l'injection d'ocytociques.

Actuellement, l'ocytocine synthétique (Syntocinon®), une ampoule de 5 UI injectée en intraveineux direct lors du dégagement de l'épaule fœtale antérieure semble être la solution de choix.

Il faut insister tout particulièrement sur une technique très rigoureuse, qui évite les principales complications reprochées à celle-ci (enchatonnement et incarcération placentaire). L'embol doit être effectué au bon moment (nécessité d'une tierce personne), en veillant à avoir le coude en extension, afin d'éviter un clampage anatomique de la voie veineuse et en accélérant le débit de la perfusion immédiatement, afin que l'ensemble du produit passe rapidement dans la circulation sanguine.

Les anglo-saxons associent à cette injection une traction « contrôlée » et continue sur le cordon.

La délivrance dirigée, autrefois recommandée dans les situations à risque, est à ce jour recommandée de façon systématique.

III.4 DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Elle consiste en l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus.

Ses 2 indications sont :

- une hémorragie survenant alors que le placenta n'est que partiellement décollé, enchatonné ou incarcéré dans l'utérus ;
- le non-décollement placentaire au-delà de 30 minutes, après l'accouchement.

Cette manœuvre nécessite quelques précautions :

- asepsie (badigeonnage antiseptique du périnée et mise en place de champs stériles),
- sondage évacuateur,
- lavage chirurgical des mains et port de gants stériles.

Elle s'accompagne idéalement d'une analgésie adaptée.

L'opérateur, une fois bien installé, introduira une main gantée dans les voies génitales, suivant le trajet du cordon (Figure 8).

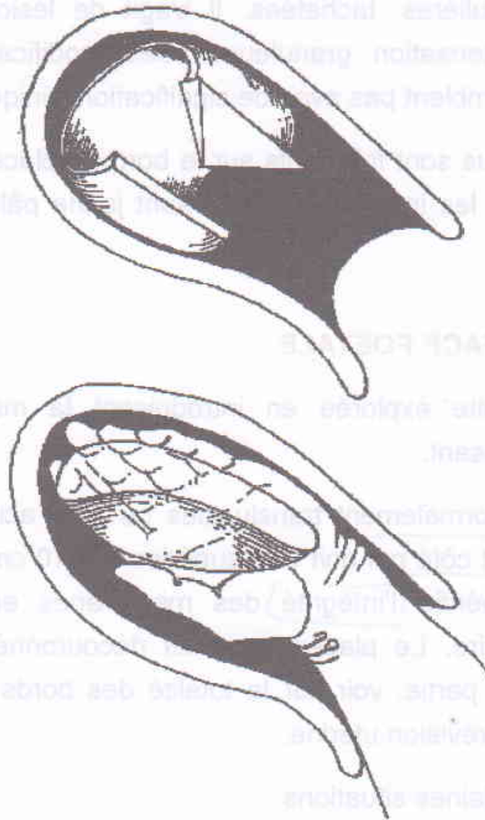
Figure 6



Son autre main lui servira à empaumer le fond utérin et à abaisser celui-ci vers le pubis, afin de rapprocher son champ d'action de sa main intra-utérine. Il doit repérer l'insertion du placenta puis décoller le placenta à l'aide du bord cubital de la main. Une fois le plan de clivage repéré, le placenta est facilement décollé et amené en un seul mouvement (Figure

9), afin d'éviter les nombreux allers-retours. Une révision utérine complétera cependant cette délivrance artificielle de principe, afin de vérifier la vacuité et une bonne rétraction utérine.

Figure 7



IV EXAMEN CLINIQUE DU PLACENTA

Le placenta débarrassé de ses caillots avec une compresse est examiné systématiquement sur ses faces maternelle et fœtale sous un bon éclairage.

IV.1 L'EXAMEN DE LA FACE MATERNELLE

On recherche **un cotylédon manquant.** Normalement les cotylédons se juxtaposent, formant la galette placentaire. Il importe de vérifier son intégrité. En cas de zone suspecte ou de zone irrégulière, la rétention d'un cotylédon est suspectée, imposant une révision utérine.

Un hématome rétroplacentaire se signale par la présence de caillots noirâtres sur la face maternelle. Ils peuvent être frais ou anciens, entraînant alors une dépression sur la face

maternelle appelée « cupule placentaire ». Ces hématomes sont à distinguer de l'hématome rétroplacentaire physiologique constitué au moment du décollement.

Une rupture du sinus marginal est recherchée devant la présence de caillots en bordure du placenta.

Des dépôts intervileux et des calcifications peuvent être identifiés sous forme de lésions nombreuses, irrégulières, tachetées. Il s'agit de lésions blanchâtres qui, à la palpation, donnent une sensation granuleuse. Ces modifications sont vues sur les placentas matures et ne semblent pas avoir de signification clinique.

Un infarctus : Les infarctus sont fréquents sur le bord du placenta. Les infarctus récents sont pourpres et sombres, les infarctus anciens sont jaune pâle, voire blanc gris et plus fermes.

IV.2 L'EXAMEN DE LA FACE FOETALE

La face fœtale est ensuite explorée en introduisant la main dans l'ouverture des membranes et en les déplissant.

Les membranes, sont normalement translucides ou bleu acier sur la face fœtale. On mesure la longueur du petit côté qui doit être supérieure à 10 cm pour confirmer l'insertion haute du placenta. On vérifie l'intégrité des membranes en les déplissant tout en reconstituant le sac ovulaire. Le placenta est dit découronné lorsque les membranes manquent sur une grande partie, voir sur la totalité des bords de la galette placentaire. Cette situation impose une révision utérine.

On peut retrouver dans certaines situations :

- une coloration méconiale,
- des membranes épaissies, blanchâtres, couvrant la face fœtale d'un placenta plus ou moins nauséabonde, faisant évoquer une chorioamniotite.

Le chorion situé sous l'amnios peut présenter :

- un dépôt fibrineux sous forme de nodules blanc gris ressemblant à de la fibrine. Ces nodules sont observés dans les placentas matures et n'ont pas de signification pathologique connue,
- des **kystes** de 4 à 5 cm de diamètre qui peuvent exister sur la face fœtale du placenta et contiennent un liquide clair ou gélatineux parfois hémorragique ; ils sont sans signification clinique.

L'**amnios nodosum** est constitué par des petits nodules gris blanc de 2 à 3 mm situés sur la face fœtale près de l'insertion du cordon. Ce sont des dépôts de cellules squameuses fœtales qui se détachent facilement. Ils se voient surtout en cas d'oligoamnios. Il faut

rechercher une anomalie du système urinaire (syndrome de Porter, kystes rénaux, obstruction des voies urinaires) et en informer le pédiatre.

Les **métaplasies squameuses** ont le même aspect clinique mais ne se laissent pas retirer facilement et sont sans signification connue.

La présence de vaisseaux courant sur les membranes doit faire rechercher un **cotylédon aberrant**. Son absence impose une révision utérine.

Le **placenta circum vallata** : la présence de tissu placentaire au-delà du pli de réflexion des membranes sur la plaque choriale est caractéristique du **placenta circum vallata**. Les placentas à petite marge sont assez fréquents et n'ont pas d'influence sur le fœtus. Mais si la marge est supérieure à 5 cm, la réduction de la cavité ovulaire peut nuire au développement du fœtus.

IV.3 L'EXAMEN DU CORDON

Il mesure normalement 50 à 70 cm et comporte deux artères et une veine.

Il peut présenter des anomalies (cf. cours sur le cordon ombilical : http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/cordonombilical/site/html/)

IV.4 LA PESÉE DU DÉLIVRE

À la fin de l'examen du délivre, on n'oubliera pas de le peser : normalement le poids du placenta et des membranes est égal au sixième ou au septième du poids fœtal. L'examen du délivre est essentiel pour :

- prévenir une hémorragie,
- expliquer une pathologie de la grossesse ou de l'accouchement,
- orienter l'examen et la surveillance de l'enfant,
- faire des prélèvements complémentaires.

V LA SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHÉE APRÈS LA DÉLIVRANCE

En l'absence de toute pathologie, la surveillance sera attentive et rapprochée pendant au moins deux heures en salle de travail.

L'ensemble des observations doit être retranscrit dans le dossier obstétrical.

Dans le cadre de la délivrance, la sage-femme surveillera :

- le pouls,
- la tension artérielle,

- la température
- la coloration
- l'état de conscience
- la douleur
- le globe utérin
- le globe vésical

Dans le cadre de la prévention de l'hémorragie du post-partum, l'administration de 10 UI de syntocinon en perfusion sur une durée de 2 heures, est recommandée.

VI BIBLIOGRAPHIE

Pierre F. *Délivrance ou troisième phase du travail. In : Mécanique et Techniques Obstétricales*. Montpellier : Éditions Sauramps médical ; 1998. p. 203-215.

Tariel D. La délivrance. *L'examen du placenta. In : Pratique de l'accouchement*. Paris : Éditions Simep ; 1992. p. 66-75.